

ANNÉE 1929

THÈSE

POUR LE

N^o 148

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

RACHEL KESSEL

Née le 6 Janvier 1903, à Eupatoria (Russie)

Ostéo-arthrite coxo-fémorale d'origine typhique et paratyphique

Président de Thèse : M. le Professeur LECÈNE.

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

—
1929

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

RACHEL KESSEL

Née le 6 Janvier 1903, à Eupatoria (Russie)

Ostéo-arthrite coxo-fémorale d'origine typhique et paratyphique

Président de Thèse : M. le Professeur LECÈNE.

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

1929

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	N..
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÈPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	N..
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELbet.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SÉBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	l'ABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	GIROUD.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Pharmacologie	MERCIER.
Histologie	MILLON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	X...
Obstétrique	DEMELIN.
Obstétrique	LEQUEUX.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTNER.
Physique	ZIMMERN.
Pharmacologie	BUSQUET.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE (ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique médicale	X...

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUCROQUET

Ex-chef de Clinique adjoint à la Faculté de Médecine

Assistant d'Orthopédie à l'hôpital Bretonneau

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

Professeur de Pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait l'honneur de présider ma thèse.
Hommage respectueux.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*In memoriam*)

M. LE PROFESSEUR DELBET

M. LE PROFESSEUR MARFAN

M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ RIBIERRE (*In memoriam*)

M. LE PROFESSEUR JEANSELME

M. LE PROFESSEUR GUILLAIN

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

M. LE PROFESSEUR TEISSIER

M. LE PROFESSEUR TERRIEN

M. LE DOCTEUR GIRODE

Avant-Propos

Qu'il me soit permis avant de développer mon sujet, de remercier Monsieur le Docteur Robert Ducroquet, assistant à la consultation d'orthopédie à l'hôpital Bretonneau, qui très obligeamment m'a aidé dans mon travail. Qu'il trouve ici l'expression de ma plus vive et profonde reconnaissance.

J'exprime aussi ma reconnaissance à Monsieur le Docteur Madier qui a bien voulu me permettre de publier le cas que j'ai eu l'occasion d'observer dans son service. Enfin, je remercie Monsieur le Docteur Tardieu, qui m'a permis de rapporter trois observations personnelles d'arthrite typhique.

Historique

L'historique de l'étude des manifestations articulaires au cours de la fièvre typhoïde comprend deux phases distinctes : dans une première, les faits rapportés sont purement d'ordre clinique ; dans une seconde, quelques rares constatations bactériologiques confirment les premiers.

Les observations les plus anciennes d'arthrite sont attribuables à Boyer, Monneret, Fleury et de Roser.

Elles passent inaperçues jusqu'au moment où Keen, dans son mémoire signale la fréquence des localisations articulaires au cours des infections les plus diverses. Puis, Bouillaud, Bourret, Bazin, Bourcy, Fouque et Witzel attirent successivement l'attention des cliniciens sur les arthrites suppurées au cours de la dothiéntérie. Ces auteurs se contentent d'en étudier les aspects cliniques. Ils distinguent une forme séreuse pluriarticulaire précoce, une forme purulente tardive et enfin une forme monoarticulaire avec gros épanchement.

Caudy, en 1880, relève le rôle de l'infection purulente banale dans les complications typhiques et les observations de Fraenkel, Smirnoff, Widal, Chantemesse corroborent les vues.

Le mémoire de Mauclaire paru en 1895 passe en revue les recherches faites jusqu'alors sur le sujet qui nous intéresse. Ils cherchent en se basant seulement sur la clinique à défaut de preuves bactériologiques à distinguer l'arthrite typhique de l'infection pyohémique. Enfin, Mauclaire après avoir cité les observations de complications articulaires étudiées par Bouillaud, Keen, Fouque, Roben, etc... n'ose pas fixer sur les caractères purement cliniques la nature même de l'arthrite. Il affirme la spécificité de certaines inflammations articulaires et son affirmation s'appuie sur des faits bactériologiques nouveaux. En 1886, Fraenkel avait observé le premier cas de suppuration à bacille d'Eberth (abcès péritonéal).

En 1889, Ebermaier montra que certaines périostites typhiques étaient spécifiques. D'autres cas semblables furent rapportés successivement par Cornil et Peau, Chantemesse et Widal, Achard et Broca. Ces faits élucidaient la question de l'étiologie des arthrites purulentes survenues au cours de la fièvre typhoïde : il restait encore à chercher l'agent microbien ou toxique producteur de l'arthrite séreuse.

Cet agent était le bacille d'Eberth lui-même. La présence du bacille fut plusieurs fois constatée depuis 1895 dans des cas de méningite, pleurésie et péricardite. Ce n'est cependant qu'en 1904 que Moutard-Martin et Malloizel publièrent le premier examen bactériologique positif dans un cas de pseudo-rumatisme ébertien. Nous pouvons encore citer deux observations de Savy et Bouchut en 1914; Grénet et Forti-

neau en 1915; Thiroloix et Harmelin en 1922; Cettinger et Baron en 1922. Plus récemment, l'observation de Schœffer et de Liège, rapportée dans la thèse de Servy. Dernièrement en 1920 Guillaïn, Guy Laroche et Libert rapportent un cas de septicémie à bacille d'Eberth ayant évolué cliniquement sous les apparences d'un rhumatisme polyarticulaire aigu.

En résumé, nous voyons que les anciens auteurs avaient déjà pensé aux rapports possibles entre la fièvre typhoïde et les arthrites aiguës survenant au décours de la maladie. Depuis la découverte du bacille d'Eberth, ces faits sont devenus absolument certains, puisqu'à la ponction on retire dans certains cas du liquide où le bacille d'Eberth a pu être mis en évidence.

La radiologie d'autre part est venue nous donner une idée de ce que pouvaient être les lésions anatomiques du squelette.

Dans l'exposé que nous allons faire, nous rapporterons les faits cliniques les plus anciens *en ce qui concerne les arthrites typhiques de la hanche* et nous verrons que dans une première série d'observations il s'agit surtout de suppositions, puis progressivement nous verrons apparaître dans nos observations la séroagglutination (1), dans certains cas, la découverte du bacille d'Eberth dans le pus; dans d'autres enfin dans les dernières observations les radiographies dont nous donnerons la description apportent une idée de l'importance de la destruction osseuse.

(1) Nous verrons plus loin que cette séroagglutination peut relever, qu'il s'agit soit de complications de la fièvre typhoïde, soit de même de pantyphoïde.

Observations

OBSERVATION I

(C. CAPELLE. *Journal de Méd. et Chir. de Bruxelles*, 859)

Fièvre typhoïde datant du 20 octobre 1859 présentant tous les symptômes habituels. A la fin du troisième septénaire, adynamie profonde, 15 novembre 1859. La malade ne cesse de crier et accuse comme siège de la douleur la hanche et la cuisse droites.

Ces souffrances se sont déclarées après que l'on eût porté d'un lit sur un autre. On constate un raccourcissement d'environ un pouce, la flexion de la cuisse sur le bassin, le membre est dans l'adduction, la tête fémorale est dans la fosse iliaque externe.

Traitement : Tractions sur la tête du fémur que l'on ramène vis-à-vis de la cavité cotyloïde, réduction sans difficulté ; un appareil ouaté amovo-inamovible est appliqué et laissé en place jusqu'à la guérison complète du malade.

OBSERVATION II

(BAZIN)

Le 25 du mois de septembre 1860, je fus appelé en consultation avec mon honoré confrère, le Docteur Debrabant,

pour une fille de neuf ans, souffrant de l'articulation coxo-fémorale gauche. Les parents de cette fille sont d'une excellente constitution, et, elle-même avant sa maladie était douée de tous les attribus d'un heureux tempérament. Voici le début de la maladie : fièvre intense, céphalalgie, prostration, hémorragie nasale, délire. C'est dire suffisamment qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde qui bientôt, présente tous les symptômes de la forme ataxo-dynamique, amaigrissement, faiblesse extrême, pouls petit, presque imperceptible, absence de toute intelligence. L'affection coxo-fémorale était survenue subitement quatre semaines avant notre visite actuelle, sans cause connue. Voici quel était l'état du membre : flexion de la cuisse sur le bassin, adduction et rotation en dedans du membre, raccourcissement d'environ deux pouces, tête fémorale dans la fosse iliaque externe, gonflement inflammatoire de l'articulation dur et très douloureux aux moindres mouvements ; c'était donc une luxation ilio-ischiatique. Je fais part de mon observation de décembre 1859 et nous nous contentons de prescrire l'immobilité la plus complète.

Voici les motifs de notre inaction : 1° la faiblesse extrême de la malade ; 2° le gonflement inflammatoire de l'articulation ; 3° les douleurs excessives provoquées par les moindres mouvements ; 4° le temps écoulé depuis le début ; 5° le danger de l'emploi des anesthésiques.

OBSERVATION III

(GÜTERBOCH : *Archiv. für Klin. Chir.*)

Il s'agissait d'un enfant de dix ans, bien constitué. Cet enfant fut atteint, vers la fin d'octobre 1872 de typhus abdominal. Dès la seconde semaine les articulations deviennent très sensibles, surtout au toucher; au commencement de la quatrième semaine cette sensibilité s'exacerba au point de devenir une douleur spontanée et se localisa principalement aux genoux et aux hanches. Une exsudation séreuse se manifesta au genou droit et la hanche droite devint également le siège d'une exsudation en relation principalement avec une périostite du grand trochanter. A la fin de décembre, c'est-à-dire dans la neuvième semaine le malade était en proie à une fièvre de moyenne intensité, avec rémission le matin. Il était de plus très émacié et affaibli. Les deux hanches et les deux genoux étaient encore très sensibles, le genou droit était toujours le siège d'une exsudation de moyenne importance et la hanche droite présentait une inflammation périostique analogue au grand trochanter. En comparant les déplacements du bassin, on constatait un raccourcissement réel de près d'un travers de main par rapport à la jambe droite. Le grand état de maigreur du malade permettait de sentir facilement la tête normalement contournée du fémur en dehors de la cavité cotyloïde au-dessus de son bord supérieur et un peu en arrière de l'os iliaque. La luxation iliaque était donc, incontestable. Un pro-

cédé de réduction, institué immédiatement dans la narcose par le Docteur Wolms ne réussit pas très facilement et il fallut employer la manœuvre ordinaire (hyperflexion, adduction et extension brusque) avec une certaine force pour la réaliser; une mensuration exacte, faite ensuite donna absolument la même longueur pour les deux jambes. La tête du fémur ne pouvait plus être complètement remplacée, par contre on constatait une dilatation marquée de la capsule produite par le liquide.

Le cas était essentiellement favorable. Aussitôt après la réduction de la luxation, on appliqua un bandage plâtré, on plaça le membre dans une gouttière et on fit une application topique de glace, on badigeonna de teinture d'iode la hanche et le genou. Actuellement le malade est depuis plusieurs semaines hors de la gouttière, les articulations sont tout à fait normales, mais présentent encore un peu de raideur et il faudra les soumettre à un traitement orthopédique rationnel pour faire disparaître celle-ci.

OBSERVATION IV

(CAPELLE : *Journal de Méd. et de Chir. de Bruxelles*, 1878)

Auguste G..., cordonnier, âgé de 15 ans, est entré à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Verneuil, salle Saint-Louis n° 6, le 18 juillet 1878.

Le malade n'accuse aucune maladie de l'enfance, mais

mentionne des accidents scrofuleux; engagements ganglionnaires. Les parents sont morts jeunes, mais il est impossible de savoir à quelle affection ils ont succombé.

G... a eu une fièvre typhoïde qui a commencé le 22 avril dernier, et qui a duré deux mois environ; le malade n'ayant pas été soigné à l'hôpital nous n'avons pu avoir aucun renseignement précis sur la marche de la maladie. Le malade dit seulement avoir eu du délire dans le cours de sa maladie. Pendant sa convalescence, sa cuisse gauche s'est fléchie sur le bassin; le malade ne se souvient pas à quel moment cette flexion s'est manifestée. Quelques jours avant de se lever, il s'aperçut que sa cuisse était légèrement fléchie et il ne put pas l'allonger quelque effort qu'il fit pour y arriver. Cette flexion, d'abord peu prononcée, n'a pas cessé d'augmenter jusqu'au jour où le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Etat du malade à son entrée à l'hôpital : A gauche, la cuisse est fléchie sur le bassin, faisant avec lui un angle de 130 degrés, flexion, à angle droit de la jambe à la cuisse. Le membre inférieur tout entier, est dans l'adduction avec rotation en dedans. Le bassin est légèrement élevé du côté du membre affecté. Le membre inférieur et le bassin du côté droit sont dans une attitude normale.

Le 24 juillet : On soumet le malade à la chloroformisation pour réduire la contracture. Le redressement se fait bien, mais non sans quelques difficultés. A mesure que M. Verneuil ramène le membre dans sa position rectiligne, il éprouve de

petites résistances, émanant de l'articulation coxo-fémorale qui cédaît d'ailleurs sans beaucoup d'efforts, avec de petits craquements nettement perçus par l'opérateur.

Le redressement accompli, le membre est placé dans un appareil inamovible. Pas de réaction fébrile.

L'appétit est bon. Sous l'influence d'une bonne alimentation le malade achève de recouvrer complètement ses forces.

L'appareil est enlevé le 15 octobre. On constate un redressement complet du membre, sans le moindre raccourcissement.

Avec la flexion a disparu aussi la rotation en dedans.

Les épines iliaques antérieures et supérieures sont situées sur une même ligne perpendiculaire à l'axe du corps.

Quelques jours après, l'enfant sortait de l'hôpital, n'ayant plus qu'un peu de raideur dans son membre.

OBSERVATION V

(DELENS : *Bull. et Mém. de la Société de Chir.*, Paris, 1883)

Dans le courant de juillet 1879, je fus appelé à voir le jeune L..., âgé de dix ans, à peine convalescent d'une fièvre typhoïde grave qu'avait soignée M. le Docteur Baucher. Outre de nombreuses ulcérations cutanées existant en différents points du corps, je constatai une luxation de la tête du fémur droit dans la fosse iliaque. Elle s'était produite spontanément quelque temps auparavant, au moment où les accidents géné-

raux de la fièvre typhoïde étaient les plus graves et sans qu'on eût voté l'instant précis du déplacement, ni aucune cause occasionnelle qui put l'expliquer.

L'affaiblissement profond du jeune garçon et l'obligation de renouveler journellement le pansement des eschares, empêchèrent de procéder immédiatement à la réduction de la luxation. Celle-ci fut opérée, sous le chloroforme, le 5 août avec l'assistance du Docteur Baucher et un appareil silicaté et ouate fut appliqué pour maintenir le membre dans une bonne situation. Néanmoins, au bout de quelque temps, je constatai que la luxation se reproduisait. L'extension continue avec les liens de caoutchouc ayant été insuffisante pour ramener la tête dans la cavité; au commencement du mois d'octobre, je la réduisis de nouveau, sous le chloroforme, et appliquai cette fois, à l'hôpital, un appareil plus exactement contentif; à partir de ce moment, la luxation reste avec des béquilles, puis avec une canne, et enfin sans soutiens dans les premiers mois de 1880. Depuis je n'ai eu qu'indirectement des nouvelles de cet enfant, d'après ce qui m'a été dit, il aurait recouvré complètement l'usage de son membre.

OBSERVATION VI

(VERNEUIL : *Bull. et Mémoire de la Soc. de Chir.*, Paris, 1883)

Petite fille de dix ans de bonne constitution, née de parents bien portants. Aucune trace de scrofule. En juillet 1883,

fièvre typhoïde assez grave. Dans la convalescence, attaque de rhumatisme généralisé (de pseudo-rumatisme si on veut) se localisant ensuite dans le pied et dans la hanche gauches. Douleurs extrêmement vives, cris incessants; fièvre intense, gonflement considérable des articulations affectées, attitude très vicieuse des membres et du bassin, diagnostic exacte impossible à porter, l'enfant poussant des cris horribles chaque fois qu'on le découvre et qu'on veut l'examiner. On se contente de faire des applications calmantes sur les jointures douloureuses et de traiter le rhumatisme.

Du 11^e au 12^e jour après le début de cette complication, les douleurs se calment presque instantanément, le sommeil revient, l'agitation cesse, la gaieté renaît et l'enfant qui jusqu'alors était restée couchée sur le côté sain avec toutes les articulations des membres inférieurs gauches. Appelé en consultation, je reconnais : poussées à l'extrême, les déformations de la coxalgie du 2^e degré; flexion, adduction, rotation en dedans, ascension du bassin, etc... Je constate même sans la moindre difficulté et d'après la situation relative du grand trochanter et de l'épine iliaque antéro-inférieure, que la tête du fémur a abandonné la cotyle et s'est luxée dans la fosse iliaque externe.

D'après les renseignements recueillis sur l'origine de la marche du mal, je diagnostique une luxation complète, mais récente et par conséquent facile à réduire. Une gouttière de Bonnet est commandée et trois jours plus tard, c'est-à-dire

six jours environ après l'époque présumée de la production de déplacement, je procède à la réduction. Le chloroforme administré jusqu'à résolution complète, je confirme d'abord le diagnostic de la luxation. Or, non seulement la situation du membre est caractéristique, mais en exagérant un peu l'adduction et la rotation en dedans, on touche à travers les muscles fessiers la tête du fémur. Pour replacer cette tête, j'exerce une traction sur le membre que je porte en même temps dans la rotation en dehors et dans l'adduction. Je trouve si peu de résistance que la réduction est obtenue en moins d'une minute. Le bassin lui-même reprend aussitôt sa situation de sorte que les deux membres redeviennent de même longueur et absolument symétriques. La région coxo-fémorale gauche conserve néanmoins un certain empâtement. L'enfant est convenablement assujéti dans la gouttière, le pied gauche qui reste tuméfié est soigneusement enveloppé dans le coton. Les suites se dissipèrent, et au bout de quinze jours, les deux hanches ne différaient en rien.

La sensibilité au toucher a même presque complètement disparu au niveau de la jointure malade. Je recommençai de continuer encore le repos, pour permettre la reconstitution de la capsule.

Tout fait espérer une guérison complète.

OBSERVATION VII

(CHAMPÉNOIS)

Il s'agit d'un enfant de cinq ans, L... que j'ai été appelé à soigner vers le milieu du mois de novembre 1883. Un mois auparavant, il était tombé et depuis il conserva un peu de gêne du membre avec un effacement de la fesse et un abaissement du pli fessier du côté droit, la cuisse était légèrement fléchie sur le bassin et en rotation en dedans. Je mis le membre dans l'extension et l'immobilisai dans cette position pendant deux mois; puis je lui enlevai son appareil et l'enfant commença à marcher avec les béquilles pendant environ trois semaines. C'est alors qu'il fut pris d'une fièvre typhoïde qui l'obligea à garder le lit, et c'est environ vers le 18^e jour que le membre se luxa spontanément; l'amaigrissement était plus prononcé du côté malade.

Ce fut alors que j'appelai M. le Docteur Phocas pour faire la réduction de la luxation ce que fut fait et le membre fut remplacé dans un appareil plâtré avec une extension continue d'un poids de deux kilos. Le petit malade resta ainsi immobilisé dans son appareil pendant trois semaines avec des rémissions plus ou moins prononcées de sa fièvre qui continua, et, c'est alors qu'un immense abcès vint à s'ouvrir au-dessus du creux poplité, ce qui m'obligea à lever l'appareil pour faire le pansement antiseptique qui dura pendant trente-deux jours avant que la contention ne soit complète. Puis,

j'immobilisai de nouveau les membres dans l'extension au moyen d'une longue attelle partant de l'aisselle jusqu'à l'extrémité du pied avec une traction d'un poids de deux kilos et demi à l'extrémité de la jambe; l'enfant a repris ses forces en ce moment et il a une ankylose de son articulation coxo-fémorale qui paraît déjà assez solide.

OBSERVATION VIII

(SEITZ-FRANZ)

Etudiant, 19 ans, fièvre typhoïde le 1^{er} janvier 1886, guérison. Le 8 mars, douleurs violentes dans l'extrémité inférieure gauche, le pied est tourné en dedans. Le 12, on reconnaît une luxation du fémur gauche en haut et en arrière; le membre est fléchi en adduction et rotation en dedans. Dans ce cas particulier, la tête fémorale sous l'influence du décubitus abdominal, c'est-à-dire dans l'extension constate sur un point du bourrelet cartilagineux d'où la perte de l'élasticité pour ce dernier, l'allongement et peut-être l'atrophie. La tête a pu facilement sortir du cotyle, le ligament rond et la capsule allongés n'ont offert aucune résistance; les muscles de la partie postérieure ont tiré le fémur en haut et en arrière, d'autant plus que leurs antagonistes par la pression du décubitus étaient troublés dans leur nutrition et leur fonction.

OBSERVATION IX

(LECLERC : *Soc. de Chirurgie*, 1890)

Garçon de neuf ans, atteint de fièvre typhoïde en avril 1890, présente à partir du 2 mai au début de la convalescence, des signes d'arthrite de la hanche droite. Le 11 mai, souffrant de plus en plus, le malade s'incline sur le côté gauche, la cuisse droite en l'air fléchie et en adduction. Le 13 mai : un premier examen, très difficile en raison des douleurs, dénote une tuméfaction de la fesse droite avec chaleur de la région ; le grand trochanter semble augmenté de volume ; il y a de la fièvre, de l'anorexie, de l'insomnie, on songe à une périostite du decours de la fièvre typhoïde, localisée au grand trochanter. La température monte à 39°5 le 14 mai, à 41° le 15, et tombe le 16 à 38°5 pour rester à ce chiffre jusqu'au 19^e jour, où on décide une intervention ajournée en raison de l'état fébrile.

Mais, ayant anesthésié l'enfant, à la place du gonflement de la région fessière, on trouva la tête fémorale luxée dans la fosse iliaque externe. En portant le membre dans l'extension et la rotation en dehors, on réduisait la luxation qui se reproduisait à la plus légère flexion. Après s'être reproduite à trois ou quatre reprises, l'enfant était considéré comme guéri, ayant recouvré, sauf une très légère claudication, tous les mouvements, l'attitude et la longueur normales du membre.

OBSERVATION X

[BICHON : *Société de Médecine de Nancy*, 1901 (*Résumée*)]

Une jeune fille de treize ans et demi, est amenée au service de M. Bernheim.

Fièvre continue classique, diarrhée profuse, délire. Température : 38°, le pouls bat à 140.

Eschare fessière double de 5 à 6 centimètres de diamètre.

Le tableau clinique d'une fièvre typhoïde : séro-diagnostic positif.

Une rechute avec légère élévation de température.

Une tachycardie persistante.

Cinq mois après le début de l'affection la malade accuse de la douleur dans le genou gauche, le membre inférieur droit paraît raccourci de 5 centimètres. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont libres, puis un examen attentif démontre qu'une *luxation de la hanche droite* en haut et en arrière est constituée.

Une tentative de réduction ne réussit pas.

L'extension continue amène une consolidation parfaite avec correction de la rotation interne, mais la luxation persiste, claudication.

Fin juin 1900, la malade quitte l'hôpital.

Raccourcissement apparent et réel du membre. Un peu de scoliose compensatrice. Tous les mouvements de la cuisse sont possibles, celui d'adduction un peu diminué.

OBSERVATION XI

(FROELICH : *Revue médicale de l'Est*, 1903)

Il s'agit d'un petit garçon de dix ans qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, vers la fin du premier mois se plaignait de la hanche. Ces douleurs semblèrent se calmer dans la suite. L'infection typhique datait du 22 novembre 1902. Je vis l'enfant le 7 janvier suivant. Il y a quatre semaines, les douleurs de la hanche étaient redevenues plus fortes, et à ce moment, la température présentait des oscillations assez grandes. Depuis quinze jours, la fièvre avait disparu, mais les deux jambes étaient fléchies, il existait des eschares au sacrum, et sur les deux trochanters elles étaient en voie de cicatrisations. Les jambes étaient recroquevillées et ne pouvaient être allongées, depuis deux semaines environ. Quand nous vîmes l'enfant il était assis dans un fauteuil, la tête et les coudes appuyés sur une petite table, position qu'il n'avait plus quittée ni le jour, ni la nuit, depuis huit jours à cause des douleurs que causait tout mouvement. Les cuisses sont fléchies à angle droit sur le ventre et les jambes sur les cuisses, ces positions sont fixées par de la contracture. Des stries atrophiques nombreuses, zèbrent les téguments des membres inférieurs, il existe de l'œdème périmalléolaire des deux côtes. Les réflexes des genoux sont exagérés. A la vue, il est facile de se rendre compte que la jambe droite est considérablement raccourcie. Ce raccourcissement est de cinq centimètres. Le

trochanter est situé à six centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. La cuisse est de plus en adduction et en rotation externe. La luxation de la hanche droite en arrière et en haut est donc évidente. Dans le triangle de Scarpa, nous trouvons quelques ganglions. Il s'agissait donc d'une luxation spontanée typhique de la hanche droite. Le déplacement ne semblant pas remonter à plus de quatre semaines, nous proposons la réduction avec anesthésie chloroformique. Aidé de mes confrères les docteurs Claudot et Lefèvre, nous commençons par des mouvements de circumduction à rompre les adhérences, puis par la manœuvre classique : flexion, abduction et rotation externe, nous arrivons à ramener la tête fémorale à sa place. Les adducteurs rétractés durent être rompus par des mouvements de pétrissage pour permettre l'abduction. La jambe reste plus courte d'un centimètre que celle du côté opposé, cela est dû à ce que par suite de la présence d'un exsudat plastique dans la cavité, la réintégration de la tête n'a pas été complète ou bien que la tête fémorale est partiellement érodée par le processus morbide. Immobilisation en abduction dans un appareil plâtré et traction continue pendant deux mois.

Des nouvelles reçues récemment m'apprennent que la marche (il y a six mois d'après la réduction) devient de plus en plus facile cependant le raccourcissement d'un centimètre a persisté, il y a peu de mouvements dans la hanche et l'enfant est soumis à des séances de mobilisation et de massage.

OBSERVATION. XII

(MARFAN)

Une fille de onze ans, a une fièvre typhoïde grave. Au vingtième jour, apparaissent des douleurs très vives dans la cuisse droite. A la partie interne du fémur, au-dessus du condyle se forme une tuméfaction périostique très manifeste qui disparaît en quatre ou cinq jours après avoir fait craindre une ostéomyélite suppurée. Mais, en ce moment, l'enfant éprouve une forte douleur à la hanche droite; il se produit une tuméfaction à la partie supérieure du triangle du Scarpa. On applique un appareil à l'extension continue. La guérison s'obtient en un mois.

OBSERVATION XIII

(COSSADE et ANDRÉ TARDIEU, extrait des *Bulletins et mémoires de la Société Méd. des Hôpitaux*, séance du 6 mars 1925, tome XLIX, n° 9)

René N..., employé du métropolitain, alors âgé de 27 ans, a séjourné à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin du 15 mars au 20 septembre 1914, pour une fièvre typhoïde très sévère, à bacilles d'Eberth, dont voici la relation :

Entré dans le service au douzième jour de l'infection dans un état du typhos très marqué, avec céphalée, anorexie, épistaxis répétées, vomissements, diarrhée et météorisme; fièvre

élevée ($39^{\circ}3$, $40^{\circ}4$) ; angine de Duguet, pouls dicrote, se chiffant à 112, taches rosées lenticulaires ; quelques râles de bronchite disséminés et albuminurie ; ce sujet a été soumis, dès le début de notre observation, au traitement classique par la méthode de Brandt.

Jusqu'au vingt-troisième jour, la courbe thermique oscillait continuellement entre 39° et $40^{\circ}4$. Au quatrième septénaire : défervescence en lysis. La séro-réaction de Widal, pratiquée au vingt-deuxième jour s'est montré positive au bacille d'Eberth (à noter que jamais ce sujet n'avait été vacciné au T. ni au T. A. B.).

L'évolution de cette dothientérie se caractérisa par la survenue de quelques complications redoutables et au trente-huitième jour, par une rechute bientôt suivie d'une ostéo-arthrite de la hanche droit, dont le début était marqué sur la courbe thermique, par une série de grandes oscillations.

La première complication fut un ictère pseudo-grave apparu au dix-huitième jour et qui évolua en une dizaine de jours. Il coïncidait avec une légère chute de l'hyperthermie et avec l'azotémie transitoire, se chiffant à 0,74 d'urée par litre. En même temps s'installait un état hémorragique tenace (épistaxis nombreuses, crachats sanguinolents, hémorragies intestinales répétées).

Jusqu'au trente-huitième jour (date de la rechute) les hémorragies intestinales, au nombre de six se produisirent presque coup sur coup ; les trois dernières pendant que la défer-

vascence s'opérait furent traitées par les injections de sérum glucosé, à fortes doses. René N... était dans un état toxique grave, se traduisant par un délire onirique, à prédominance nocturne. Quant aux épistaxis, peu abondantes, mais très nombreuses, elles se répétèrent jusqu'à la convalescence.

Du point de vue urinaire, nous n'avons pas noté l'oligurie (le sujet urinaît régulièrement de 1.500 à 3.000 cc.); le taux des chlorures était très abaissé (9 grammes par 24 heures à la fin de la défervescence); enfin, l'albuminurie, constatée dès le début a été retrouvée jusqu'au 34^e jour. La reprise de cette dothiènement s'est marquée en dehors de l'ascension thermique, par l'apparition d'une série de complications sérieuses; le membre inférieur droit présentait un œdème généralisé et le sujet se plaignait d'une douleur vive siégeant dans le pied, le mollet et la hanche droits. De ce côté, la température locale était élevée de 0°5; il existait une certaine impotence fonctionnelle et la palpation révélait encore une adénopathie inguinale droite ainsi qu'une légère hydarthrose du genou. L'examen méthodique des différents segments du membre n'était pas possible en raison de la vive douleur que réveillait la moindre mobilisation. Il est probable que c'est à cette date que réveillait la moindre mobilisation. Il est probable que c'est à cette date que l'ostéo-arthrite coxo-fémorale débuta. Cependant, le diagnostic de phlébite était porté et l'on immobilisait le membre dans une gouttière. Le lendemain d'ailleurs, le trajet de la veine Saphène était douloureux et

légèrement induré; l'œdème plus volumineux (2 cent. 5 de différence avec le côté gauche) confirmait ce diagnostic.

Au second jour de la rechute, qui n'a duré que quelques jours, nous notions encore l'assourdissement des bruits du cœur, bientôt suivi du rythme embryocardique. La myocardite céda assez rapidement au traitement par la digitale; mais la phlébite et les douleurs du membre inférieur droit persistaient.

A la courbe thermique caractéristique de la rechute, succédèrent des oscillations de plus de 2° faisant soupçonner l'existence d'une suppuration méconnue. Le pouls demeurait frappé aux environs de 100. Il ne s'agissait pas d'une seconde reprise de la typhoïde ni d'une bacillose pulmonaire; d'autre part, l'examen de l'abdomen et de l'appareil urinaire était totalement négatif. Et seules les constatations faites antérieurement (au trente-huitième jour) ainsi que les douleurs siégeant dans la jambe droite, irradiant à la hanche, bien que l'œdème ait complètement disparu, nous poussaient à redouter l'atteinte, par le processus infectieux, de l'articulation coxo-fémorale. L'examen systématique toujours impossible, ne permettait pas d'étayer ce diagnostic sur des constatations positives.

Cependant, en une dizaine de jours, la température était revenue normale et le sujet entré en convalescence. Il fut insomniaque pendant une quinzaine de jours durant lesquels il se plaignait de douleurs continues de la hanche droite, non

calmées par le repos, ainsi que de crampes musculaires très pénibles qui survenaient par paroxysmes.

Mais ce ne fut que le 20 mai, c'est-à-dire au soixante-dix-huitième jour que l'examen, devenu possible, permit de conclure. A cette date, le membre était le siège de douleurs diffuses, plus intenses dans la cuisse et la jambe droites et n'affectant aucun rapport avec le trajet des nerfs, sans localisation élective. Ces douleurs étaient continues et s'accroissaient soit le jour, à l'occasion du moindre mouvement, soit la nuit spontanément. Elles s'atténuaient un peu lorsque le sujet attrapant à pleines mains les barreaux de la tête de son lit, mettait sa jambe en extension forcée. Insistons sur ce fait, que se plaignant toujours de souffrir dans la jambe, il n'accusait jamais la hanche.

L'inspection montrait la cuisse et la jambe en extension (aucune position vicieuse). Les deux épines iliaques antérieure et supérieure étaient sur le même plan et la mensuration, qui indiquait une légère atrophie musculaire, ne révélait cependant aucun raccourcissement réel du membre. La pression de la tête fémorale, en avant, réveillait une légère douleur. Il ne restait aucune trace d'adénopathie inguinale ni d'œdème. La température locale était normale. L'étude des mouvements demeurait impossible. Enfin, l'examen physique du poumon ne décelait aucun signe de tuberculose.

Sur le cliché radiographique, tiré à cette date, se percevait nettement l'aspect flou du cotyle, prédominant aux parties

moyenne et supérieure. Des points obscurs réunissent la tête à l'acetabulum. Aucune trace d'abcès péri-articulaire n'est visible.

Cet ensemble de signes cliniques et radiologiques en imposait, à juste titre pour une arthrite coxo-fémorale droite suppurée, d'origine typhique et à début insidieux. L'immobilisation au lit sans appareil plâtré fut ordonnée.

Vingt-cinq jours plus tard, en raison de la persistance des douleurs, une seconde radiographie fut faite qui montra que les lésions articulaires avaient évolué gravement : toute la partie supérieure de la tête fémorale ainsi que la partie correspondante du cotyle sont déformées. La tête a pris l'aspect d'un cône tronqué dont la base aplatie repose sur la cavité cotyloïde. Ses bords sont assez irréguliers ; elle ne présente pas d'ostéophytes. Une légère décalcification est uniformément répartie. L'aspect normal de la tête est à ce point modifié que le col anatomique a complètement disparu. A la partie supérieure de la tête ainsi qu'au col chirurgical se voient des travées parallèles et à direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors.

D'autre part, la mensuration indique un raccourcissement réel de 1 cent. 5. Les deux clichés radiographiques comparés, ainsi que la constatation du raccourcissement réel, montraient de toute évidence, l'évolution rapide et la gravité de cette ostéo-arthrite, dont la nature typhique est indéniable, bien qu'aucune ponction exploratrice n'ait été pratiquée. Le sujet

fut mis dans un appareil plâtré de coxalgique le membre étant immobilisé en extension, pendant deux mois environ, au bout desquels il ne présentait aucune attitude vicieuse (seule la pointe du pied tendait à tomber légèrement en dedans). A cette date, le raccourcissement était toujours de 1 cent. 5 ; enfin à la cuisse, existait une certaine atrophie musculaire, masquée par l'adipose. Les mouvements actifs ou passifs ne révélaient plus aucune douleur. A la marche, René N... traînait le pied et tout le poids de son corps portait sur le côté sain. La pression sur le talon droit n'était pas douloureuse. Le membre atteint se fatiguait rapidement et, après quelques instants dans la station debout, le pied enflait et se cyanosait. Pour monter les escaliers il ne fléchissait pas la cuisse sur le bassin, mais il élevait tout son corps, en imprimant à son membre droit un mouvement de rotation ayant son centre dans l'articulation touchée. Pour se chausser, il était obligé de faire une gèneuflexion.

Il quitta l'hôpital, le 26 septembre 1914, avec une ankylose de l'articulation coxo-fémorale droite partielle.

Nous l'avons revu en janvier 1920, ainsi que ces jours derniers (février 1925). Depuis sa sortie de nos salles, il a été en mesure d'assurer régulièrement son service. A la mensuration persiste l'atrophie des muscles de la cuisse (2 cent. 5) qui sont rétractés. Les crêtes iliaques sont sur le même plan. A droite, le grand trochanter siège au-dessous de la ligne Nélaton-Roser ; le membre atteint offre un raccourcissement réel

de 1 cent. 5 (mesure prise à la base du triangle de Bryant); il est en rectitude parfaite (dans le décubitus dorsal, le creux poplité touche le plan du lit). La radiographie, enfin, montre l'ankylose partielle : la tête du fémur est soudée à la cavité cotyloïde par une bande fibreuse, dans le tiers supérieur de sa convexité.

Les lésions constatées il y a plus de dix ans sont demeurées dans un état absolument stationnaire.

En résumé : ostéo-arthrite suppurée de la hanche droite survenue insidieusement, du trente-huitième au quarante-huitième jour d'une fièvre typhoïde grave à bacilles d'Eberth, avec rechute, dont les lésions évoluèrent rapidement, aboutissant en vingt-cinq à des modifications osseuses, importantes, appréciables sur les clichés radiographiques. L'immobilisation complète, pendant deux mois, dans un appareil de coxalgique, a suffi à enrayer l'extension des lésions. L'ankylose partielle et le raccourcissement réel de 1 cent. 5 définitifs ne sont pas incompatibles avec l'exercice d'une profession qui nécessite fréquemment la station debout prolongée et la marche.

OBSERVATION XII

(COSSADE ET A. TARDIEU)

Extrait des Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux. Séance du 6 mars 1925, tome XLIX, n° 9

Camille N..., âgé de 27 ans, a fait un premier séjour à

la sixième division de fiévreux du Val-de-Grâce, du 5 novembre au 13 décembre 1917. Il était entré avec le diagnostic : « bronchite chez un paludéen, anémie et algies du membre inférieur droit ». .

La bronchite banale, ainsi que les accès de paludisme (constatés à plusieurs reprises dans le service et traités par des injections de chlorhydrate de quinine), guérissent assez rapidement. Quant aux soi-disants algies du membre inférieur droit, à type de sciatique, elles s'accompagnaient de boiterie.

Après un congé de convalescence d'un mois, notre homme rentre dans la division le 2 mars 1918, pour « sciatique ». Les douleurs étaient atypiques; les caractères cliniques de la sciatique n'étaient pas au complet et notamment le signe de Lasèque était absent. Une injection épidurale selon la méthode de Sicard, fut alors pratiquée. Cette sciatique fruste, améliorée par notre traitement, coexistant avec une poussée de coxite, du même côté, était très probablement de nature typhique : MM. Nobécourt et Peyre, en 1916, ont signalé cette complication au décours de la dothiéntérie.

L'examen clinique approfondi nous révéla, en effet, l'existence d'une ostéoarthrite coxo-fémorale droite, dont l'origine éberthienne ne put être précisée qu'à la faveur de l'anamnèse. Lorsque nous l'observons, en mars 1918, ce soldat se plaint d'élancements douloureux spontanés siégeant dans la hanche droite et le bassin, datant d'un an et demi environ et qu'il localise, assez exactement, en un point fessier cor-

respondant à la tête du fémur. La douleur est continue et persiste même lorsque le membre est au repos.

Le membre inférieur droit dans son ensemble, est en rectitude parfaite, lorsque le sujet est dans le décubitus dorsal. Il est apparemment raccourci et le pli inguinal, du côté lésé, est plus élevé, plus profond, mieux dessiné, horizontal. L'épine iliaque antéro-supérieure droite est également plus haute.

La pression du genou droit est douloureuse. La palpation de la tête fémorale ne réveille la douleur qu'en un point situé en arrière du grand trochanter. L'exploration minutieuse des régions inguinale et fessière, de la fosse iliaque, n'indique aucun abcès en formation, aucune adénopathie.

L'atrophie musculaire est généralisée (la différence est de 5 cent. 5 au tiers moyen de la cuisse, de 2 cent. au tiers inférieur et au mollet).

La mensuration indique un raccourcissement réel d'un centimètre.

Le passage de la position couchée à la station assise détermine une vive douleur dans la hanche et la flexion de tronc en avant est impossible. Ces deux signes font naturellement penser à une ankylose partielle de l'articulation coxo-fémorale. Le sujet éprouve de grandes difficultés pour soulever le membre au-dessus du plan du lit. La flexion de la cuisse sur le bassin est très limitée; les mouvements de rotation interne et externe sont impossibles; l'abduction s'arrête à un angle

de 10° environ, l'adduction est normale. Les mouvements du genou droit sont conservés intégralement.

Lorsque le sujet étend le membre atteint, il se produit une ensellure dorso-lombaire prononcée. Il ne peut dormir que couché sur le côté sain, à la condition de maintenir le genou droit fléchi.

Il marche sur la pointe du pied droit et en inclinant le tronc en avant et à gauche, c'est-à-dire en faisant porter tout le poids de son corps sur le membre sain. S'il appuie le talon droit sur le sol, le tronc s'incline en avant. Pendant la marche, la flexion du genou droit est limitée. Le signe de Lannelongue est positif : en effet, si l'on demande au patient de joindre les talons, au bout d'un court instant, survient un tremblement de tout le membre droit, suivi bientôt de la flexion du genou et de l'inclinaison du corps du côté atteint.

Les réflexes tendineux sont normaux.

La radiographie faite en mars 1918, montre l'hypertrophie osseuse de la tête fémorale. Celle-ci offre un aspect très aplati dans le sens vertical ; dans sa portion supérieure et extérieure, elle est dentelée et ses contours sont flous ainsi d'ailleurs que dans le cadran inféro-externe. Il est difficile de dissocier la tête du fémur du sourcil cotyloïdien, principalement à la partie inférieure de l'articulation. A la supéro-externe, l'interligne articulaire est sinueux, mal délimité, à peine appréciable. En ce point, la tête hypertrophiée et ramollie, ayant reçu l'empreinte du sourcil cotyloïdien présente nette-

ment un ressaut, à la partie externe à l'endroit où la pression cesse de s'exercer directement et l'on pourrait prendre, au premier abord, cet aspect particulier pour un ostéophyte. Il s'agit d'une simple déformation consécutive à l'enfoncement de la tête qui s'est fait de haut en bas suivant les lignes de force exercée par le poids du corps, le sourcil cotyloïdien servant d'intermédiaire. Enfin, aucune raréfaction osseuse n'est visible à distance de la lésion.

L'exploration systématique du poumon comportant la radioscopie n'a révélé aucune trace de tuberculose.

Il s'agit donc, cliniquement et radiologiquement d'une ostéo-arthrite coxo-fémorale proliférante, comportant l'ankylose partielle.

L'étude de l'anamnèse nous a fourni sur l'évolution insidieuse et sur la nature de cette arthrite des renseignements importants : Mobilisé le 3 août 1914, dans un régiment du génie, ce soldat est resté au front du 6 août 1914 au 15 juillet 1915, sans le moindre incident. Mais à cette date, il tombe brusquement malade; céphalée violente, rachialgie, toux légère et hyperthermie à 39°8. Il avait contracté le paludisme avant la guerre, alors qu'il effectuait son service militaire en Afrique (Algérie, 1911-1912; Maroc, 1912-1913) si bien que le médecin de son régiment, pensant à un accès de paludisme, le conserve à l'infirmerie de la compagnie, pendant cinq jours durant lesquels la fièvre augmente progressivement, accompagnée de frissons et de cauchemars. En outre, notre sujet

est atteint de diarrhée (5 à 6 selles par jour) et d'épistaxis répétées.

Au sixième jour de la maladie, il est évacué sur un hôpital militaire de Saint-Dizier. Dès son entrée, le diagnostic de fièvre typhoïde est porté et le traitement par les bains froids est institué. L'hyperthermie se chiffrait alors à 40°5.

Pendant l'évolution de cette dothiéntérie, la courbe thermique offrait tous les caractères classiques : hyperthermie d'emblée à 39°8-40°2 ; puis, pendant une douzaine de jours, oscillations entre 38°3 et 39° ; au vingtième jour, ébauche de défervescence ; mais dès le vingt-deuxième jour, rechute avec hyperthermie à 40°. A cette époque ont été trouvés quelques râles de bronchite disséminés.

La rechute ne dura que quinze à vingt jours et ce soldat, du 18 octobre 1915 au 16 avril 1916, c'est-à-dire pendant près de sept mois se considérait comme complètement guéri.

Très tardivement, le 16 avril 1916, il ressentit, pour la première fois, une vive douleur dans le genou droit qui s'accroissait à l'occasion des mouvements et de la marche. C'était une sensation de piqûres d'aiguilles, sur la rotule et sur la face externe du genou. Le moindre choc sur le membre provoquait une douleur violente irradiant dans la cuisse et la hanche. Aucune impotence fonctionnelle n'a été officiellement constatée à cette époque, cependant, la boiterie s'installait progressivement et définitivement.

Un mois plus tard, les douleurs s'accroissent et se lo-

calisèrent plus spécialement à la hanche droite. La pression profonde de la fesse devint très sensible et l'intéressé qui depuis son retour de convalescence était resté au dépôt de son régiment, ne pouvant plus se tenir debout sans souffrir, dut s'aliter. Même au repos, il ressentait les mêmes élancements dans la hanche et la fesse. Il semble bien qu'une phase inflammatoire, une véritable poussée de coxite, se soit produite à ce moment. Depuis, le sujet n'a jamais pu se passer d'une cause pour marcher et, en novembre 1916, il fut versé dans le service auxiliaire pour « sciatique droite ».

L'anamnèse met donc bien en évidence la nature typhique de cette arthrite.

D'ailleurs, les hypothèses les plus diverses successivement envisagées, n'ont jamais été confirmées au cours de notre observation : Camille N... n'est pas tuberculeux; il ne présente aucun signe pulmonaire suspect et, localement, les constatations faites au cours de l'examen physique et les lésions révélées par la radiographie sont suffisantes pour écarter, sans aucun doute, l'origine tuberculeuse de cette arthrite. D'autre part, nous n'avons constaté aucun signe clinique de syphilis (le Bordet-Wassermann n'a pas été pratiqué). La nature rhumatismale est également inadmissible (aucune élévation de la température, ni tuméfaction locale; évolution apyrétique et échec du salicylate de soude); quant à l'origine paludéenne, elle nous paraît tout à fait incertaine malgré la splénomégalie et l'accès paludéen typhique constatés lors du

premier séjour dans la division (6° fiévreux au Val-de-Grâce). L'examen du sang n'a pas permis de trouver l'hématozoaire et le traitement quinique intense demeura sans effet sur l'évolution de l'arthrite alors qu'il a suffi à guérir les accès. L'examen neuro-psychiatrique et surtout l'importance et l'étendue des lésions osseuses objectivement constatées (radiographie) suffisent à éliminer en toute certitude, la coxalgie hystérique ou simulée.

Quant au traitement physiothérapique, consistant en bains de lumière blanche, séances de massage et d'air chaud, il n'a pu être institué qu'au cours de notre observation, c'est-à-dire tardivement après le début des lésions articulaires. Il est demeuré totalement inefficace. Et ce sujet fut réformé numéro 2 pour « *arthrite coxo-fémorale post-typhique, ankylose incomplète et raccourcissement réel constituant une véritable infirmité, avec boiterie* ».

OBSERVATION XV

(COSCADE et A. TARDIEU)

Extrait des Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux. Séance du 6 mars 1925, Tome XLIX, n° 9

"Pierre B..., âgé de cinquante-sept ans, fort aux Halles, est entré le 21 janvier 1925, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin, pour une arthrite ancienne de la hanche gauche et gêne

à la flexion de la colonne vertébrale. Le début de l'affection remonte au mois de septembre 1921, époque à laquelle l'intéressé fit une dothiéntérie qui évolua en un mois environ sans incident autre qu'un léger délire (courbe thermique caractéristique); séro-réaction de Widal positive au bacille d'Eberth jusqu'au 160°, à la date du 5 septembre 1921. C'est au cours de la convalescence, quinze jours après la chute de la fièvre, que pour la première fois, en essayant de se pencher, il ressentit une vive douleur lombaire et de la raideur dans la hanche gauche. Cependant, il continuait de vaquer à ses occupations et les lésions articulaires, rachidiennes et coxo-fémorales évoluèrent très insidieusement et sans fièvre. Ce n'est qu'au bout de huit mois, durant lesquels persistait seulement une légère difficulté à la flexion du tronc, qui installa définitivement une impotence fonctionnelle importante.

Jusqu'à la fin de l'année 1922 ce sujet ne pouvait avancer qu'en portant sa colonne vertébrale en hyperextension.

Présentement, la boiterie est très prononcée. Lorsqu'il avance il lui est impossible d'allonger la jambe complètement, et le talon, du côté lésé, ne dépasse jamais, au cours de la marche, la pointe de l'autre pied. Au bout de quelques instants survient la fatigue; la marche, impossible sans une canne, n'est pas douloureuse.

La flexion du rachis et l'allongement volontaire du membre détermine une sensation de tiraillements très douloureux dans la région trochantérienne.

A l'inspection, dans la station debout, seule la pointe du pied gauche repose sur le sol. Le signe de l'épreuve de Lannelongue est négatif. Dans le décubitus dorsal, on observe une ensellure très marquée de la colonne lombaire (la main passe aisément au-dessous des lombes). La flexion isolée de la cuisse gauche sur le bassin est totalement impossible; si l'on tente de vaincre la résistance, on provoque des douleurs localisées aux parties latérales de la cuisse. La flexion simultanée des deux cuisses sur le bassin, possible mais limitée, entraîne la correction de l'ensellure. La hanche gauche est le siège de craquements perceptibles même à une certaine distance.

La palpation de la tête fémorale dans le pli inguinal n'est pas douloureuse. Le choc sur le talon ne réveille aucune sensibilité. L'abduction de la cuisse est impossible. L'abduction ainsi que les mouvements de rotation sont notablement diminués; néanmoins par la manœuvre du « pétrissage » des muscles de la cuisse, se produit une rotation très limitée.

L'amyotrophie porte sur tous les segments du membre; elle est appréciable à la mensuration malgré l'adipose (1 cent. au tiers inférieur de la cuisse, 2 cent. $\frac{1}{2}$ au tiers supérieur).

Le raccourcissement réel se chiffre par la mesure de la base du triangle de Bryant d'un centimètre du côté lésé.

Pas d'adénopathie inguinale ni iliaque.

En résumé, du point de vue clinique : spondylite et arthrite coxo-fémorale gauche, post-typhiques, avec ankylose

presque complète de la hanche et raccourcissement réel du membre.

La radiographie corrobore les données fournies par l'examen clinique; la tête du fémur est augmentée de volume. L'hypertrophie est plus accentuée dans le cadran inférieur qui présente un aspect flou et très irrégulier, où la tête apparaît comme rongée. Dans toute son étendue, l'interligne articulaire est très peu visible, le sourcil cotyloïdien se dissociant difficilement de la tête fémorale. Autour du grand trochanter : prolifération osseuse.

En outre, déformation des angles externes des bords vertébraux des 4° ou 5° lombaires qui ont pris l'aspect « en bec de perroquet ». En résumé, du point de vue radiographique : ostéo-arthropathie hypertrophique avec zones de destruction incomplètes et tendance à quelques productions ostéophytiques.

OBSERVATION XVI

(FROELICH : *Revue Médicale de l'Est*, 1925)

Une jeune fille, Marie B..., entre dans le service du Professeur Bernheim, pour une fièvre typhoïde.

Six semaines après, on constate que la jambe gauche était plus courte de quatre centimètres que la jambe droite. Elle était ankylosée en adduction, en rotation en dedans. Le grand trochanter était remonté et dépassait le niveau de l'épine ilia-

que antéro-supérieure. Il n'y avait pas de gonflement ni de douleur de la pression.

M. Froelich essaya sous chloroforme, de réduire la luxation ou au moins de placer la jambe dans une position qui permit la marche. La réduction fut impossible, mais il se produisit une fracture sous-trochantérienne transversale du fémur ce qui permit de placer le membre en extension, abduction et rotation en dehors.

Après trois mois de plâtre, la marche devint très satisfaisante.

OBSERVATION XVII

(FROELICH : Ibidem)

Une jeune fille de quinze ans, Geneviève Bl... entra dans notre service le 1^{er} décembre 1924, pour une luxation des deux hanches avec ensellure lombaire énorme, ascension des grands trochanters de dix centimètres à droite et de huit centimètres à gauche.

L'abduction est impossible, les deux genoux se touchent, la flexion peut être obtenue, mais l'extension est très limitée, de même les mouvements de rotation. Pendant la marche, la jeune fille souffre beaucoup dans la région lombaire, dont la lordose atteint douze centimètres de profondeur et dans les deux jambes, surtout la gauche.

Les parents nous racontent que, jusqu'à l'âge de neuf

ans, l'enfant marche d'une façon parfaite. A ce moment, survint une fièvre typhoïde très grave. Au 40^e jour de la maladie environ, les cuisses se mirent en flexion sur le bassin et les deux hanches furent ankylosées en flexion. Un rebouteur redressa les cuisses en tirant dessus et l'enfant peut recommencer à marcher, mais en boitant très fort.

A la radio, on constate que les deux têtes fémorales sont fortement luxées vers en haut et en arrière.

Ces têtes sont réduites de volume de deux tiers et ont des contours irréguliers, mais éburnés. Les cavités cotyloïdes sont comblées, avec par place des exostoses de consistance très denses; aucune trace d'abcès ouvert à l'extérieur autour des hanches.

Il s'agit de deux arthrites typhiques avec destruction profonde de la cavité cotyloïde, des têtes fémorales et énorme luxation des restes des têtes fémorales.

Nous avons pratiqué le 4 décembre 1924, du côté droit, et le 15 décembre 1924 du côté gauche, une ostéotomie sous-trochantérienne et nous avons appuyé l'angle de section osseuse contre le bassin au niveau des cavités cotyloïdes. Ces interventions nous donneront comme dans les luxations congénitales irréductibles, un résultat tout à fait satisfaisant en faisant disparaître l'énorme ensellure, l'abduction et la flexion des cuisses et les douleurs par tiraillement des sciatiques.

OBSERVATION XVIII

(Personnelle due à l'obligeance

de MM. JEAN MADIER, ROBERT DUCROQUET)

Voici l'observation d'un enfant de cinq ans que nous suivons depuis quelques mois et qui nous fut amené pour des douleurs extrêmement vives dans la région coxo-fémorale droite.

Les parents sont bien portants, la mère présente à l'âge de quinze ans une forte fièvre typhoïde, elle fit deux fausses-couches dans l'année qui suivit la naissance de l'enfant.

Ce dernier eut la rougeole à trois ans et il présentait depuis des végétations adénoïdes dont il fut opéré en juin dernier.

On l'envoya alors à la campagne et c'est là que vers le 1^{er} août il fut pris de malaises, de frissons, l'appétit devint capricieux et au bout de cinq à six jours, l'enfant eut plusieurs vomissements et une épistaxis.

Les malaises s'aggravèrent et au 8^e jour la fièvre monta. L'enfant fut pendant une quinzaine de jours très abattu et il présenta durant ce temps une diarrhée extrêmement fétide.

La mère appela un médecin qui mit l'enfant à la diète. Au 6^e jour de la maladie la fièvre tomba en lysis. Il y eut ensuite durant quelques jours une période d'apyrexie quand au 9^e jour la fièvre reprit. Température à grande oscillation.

A ce moment apparurent presque simultanément des dou-

leurs et du gonflement du genou et de la cheville du côté droit. Au bout de quarante-huit heures, la cheville est redevenue normale, mais le genou reste gonflé, chaud et douloureux et le membre se place en rotation externe et en flexion. Craignant une ostéo-arthrite du genou et une ankylose en attitude vicieuse, on fit un redressement sous anesthésie et on appliqua un appareil plâtré, l'enfant est ramené en toute hâte à Paris et l'un de nous est appelé à le voir.

A ce moment, le petit malade est un peu pâle et amaigri, mais l'état général est assez bon. Le genou s'est remis en légère flexion dans l'appareil plâtré; celui-ci étrangle le bas de la jambe, comprime la cuisse et détermine de vives douleurs. Au premier regard, le pied est normal; au contraire, le haut de la cuisse et de la hanche sont augmentés de volume et présentent un œdème assez considérable sans rougeur, mais avec circulation veineuse apparente.

Le plâtre est immédiatement enlevé. Le genou se montre sain à part une légère hydarthrose. L'exploration de la hanche est à peu près négative; pas de points douloureux. Les mouvements sont à peine limités et presque indolores.

Dans ces conditions, tout en constatant qu'à ce moment le maximum des signes est localisé à la hanche, on ne peut encore faire qu'un diagnostic de probabilité. On écarte le diagnostic d'ostéo-arthrite du genou qui avait été posé et on décide de placer une extension continue. Au bout de quelques jours l'attitude est meilleure, l'enfant paraît souffrir beau-

coup moins, mais par contre le gonflement de la hanche a augmenté; l'œdème a gagné sur le bas-ventre du côté droit. La symptomatologie se précise du côté de la hanche et on fait faire une radiographie.

Celle-ci, montre une rotation externe qui peut gêner l'interprétation. Mais elle montre également une lésion destructive très nette à la face cervicale du cartilage conjugal, lésion localisée à l'extrémité du col du fémur.

Cette image est bien celle d'une ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur et il s'agissait donc, à n'en pas douter, d'une arthrite ostéo-myélitique de la hanche, ayant pris naissance au décours d'une maladie aiguë et ayant évolué de façon subaiguë. En quelques semaines, les phénomènes douloureux disparurent, la fièvre tomba, l'enfant reprit un peu d'appétit. On abandonna toute idée d'intervention devant cette résolution par le simple repos, mais pour éviter dans la mesure du possible la luxation du fémur en haut, on appliqua à l'enfant un appareil plâtré en légère abduction dont on profita pour corriger l'attitude vicieuse en rotation externe.

Dès que l'enfant fut ainsi maintenu, l'état général s'améliora encore et deux mois plus tard le plâtre fut enlevé pour radiographie et examen.

La hanche avait repris son aspect à peu près normal, il n'y avait aucune trace de collection, le trochanter semblait un peu plus élevé que du côté opposé. Tous les mouvements

étaient limités. Il n'y avait plus de chaleur locale et pas de ganglion dans la fosse iliaque. La radiographie montra une fonte importante de la tête fémorale qui est réduite des trois quarts et ne recouvre plus que la moitié inférieure du cartilage conjugal. Le toit cotyloïdien semble un peu flou et la partie du col non recouverte par la tête chevauche d'un centimètre et demi le sourcil cotyloïdien. Le trochanter a subi une légère ascension correspondant à la mensuration clinique.

Ce qui nous paraît intéressant à signaler ici, c'est que la destruction s'est faite non pas par érosion périphérique montrant des irrégularités de la sphère formée par la tête fémorale, mais au contraire, par la face profonde conjugale de l'épiphyse, et c'est bien là que siégeaient les lésions au début.

Le malade fut laissé au lit et l'on remplaça de nouveau l'extension continue pour combattre plus activement qu'avec le plâtre la tendance à la subluxation du moignon du co' fémoral.

Un mois plus tard, les douleurs ayant complètement disparu et la mobilité semblent reparaitre, nous conseillâmes quelques essais timides de marche. L'enfant marcha plus qu'on ne lui avait permis et au bout de quinze jours il y eut une légère réaction du côté de la hanche qui nous incita à continuer le repos en extension.

Une radiographie faite six semaines plus tard nous montra que la tête avait complètement disparu, mais que le col fémoral était bien dirigé vers le centre de la cavité, nous

avions donc malgré la fonte de cette tête pu éviter la luxation grâce à l'appareil plâtré et à l'extension continue.

Depuis, une nouvelle radiographie faite dernièrement nous montre que les surfaces osseuses se régularisent et qu'il semble y avoir sur le cotyle d'une part, sur la surface du col amputé de la tête, d'autre part, une sorte de condensation osseuse indiquant peut-être que le processus destructif restera limité à l'état actuel.

Voici donc l'évolution clinique, mais au cours de cette ostéomyélite de la hanche à début si dramatique et qui évolua vers la résolution nous cherchâmes la cause et parvînmes vite à relier la période de fièvre avec diarrhée fétide à l'ostéomyélite. Cela sembla bien simple, mais lorsque la mère affolée nous amena son enfant à la phase aiguë, cela l'était beaucoup moins.

Reliant donc ces faits nous pensâmes à la possibilité d'une fièvre typhoïde compliquée au 15^e jour d'une arthrite du genou dont il ne reste plus trace, puis au 30^e jour d'une ostéoarthrite de la hanche.

Comme la lésion évoluait encore il y a six semaines et que l'enfant présente toujours une légère élévation de la température vespérale, nous fîmes faire par le docteur Letulle fils un examen du sang et voici sa réponse :

- « Bacille d'Eberth, séro-agglutination positive jusqu'au 50°.
- « Paratyphique A, séro-agglutination négative.
- « Paratyphique B, séro-agglutination positive jusqu'au 800°.

« Conclusion : séro-diagnostic positif pour le bacille d'Eberth (intensité faible) et pour le bacille paratyphique B (intensité forte) ».

Nous ignorions si cette forte séro-agglutination positive au septième mois de la maladie était habituelle. Le docteur Letulle nous affirme qu'il est habituel de trouver pendant des mois ou des années des réactions qui restent positives, mais qu'une réaction de l'intensité de celle qui nous occupe était en rapport avec une lésion évolutive persistante.

Et cette lésion c'est bien sans doute l'arthrite de la hanche pour laquelle l'enfant est venu nous trouver.

Nous nous sommes bornés jusqu'ici à tenir le malade au repos avec un plâtre tout d'abord avec l'extension continue, ensuite, enfin sans l'extension et nous avons ainsi évité la luxation.

Mais l'évolution radiographique, la forte réaction positive de la séro-agglutination et ce fait qu'il existe encore une légère élévation thermique vespérale nous empêche de prévoir où se limitera le processus destructif.

Depuis cette date le malade a été suivi régulièrement, il marche avec une très légère claudication ; l'atrophie musculaire a pour ainsi dire disparue, et les mouvements de la hanche atteints 50° de flexion, 30° à 40° d'abduction. Une radiographie récente semble montrer que le noyau épiphysaire redevient perceptible.

Etude clinique

Symptomatologie

Les signes cliniques d'arthrite aiguë post-typhique ne diffèrent en rien des arthrites aiguës habituelles.

Sans doute on peut voir dans certains cas l'évolution se produire à bas bruit au cours de la maladie causale. Mais cela est un fait exceptionnel et si dans certaines formes on pouvait penser à une coxalgie tuberculeuse, dans la grande majorité des faits rapportés, le début est beaucoup plus bruyant.

Le sujet ressent une douleur brusque et intense que le moindre mouvement exaspère, qui empêche le sommeil, qui peut arracher des cris. Il en résulte une impotence fonctionnelle, proportionnelle à l'intensité de la souffrance.

A l'inspection, on est avant tout frappé par l'attitude du membre qui au début est en position dite de Bonnet, c'est-à-dire : flexion et abduction de la hanche à 45° environ, rotation en dehors.

La région est tuméfiée et, selon la profondeur de l'articulation, le gonflement de la hanche est diffus. Sur cette région gonflée, la peau est souvent de coloration normale ou tout au plus rosée. On peut y voir un réseau de grosses vei-

nes bleues. La coloration rouge flegmoneuse est rare et tardive, même dans les arthrites franchement suppurées.

A la palpation, on note d'abord la chaleur de la région, mais on ne peut pas apprécier le degré de tension de la synoviale, l'articulation étant inaccessible. On constate l'atrophie musculaire précoce et constante. Les ganglions ne sont généralement pas engorgés (du triangle de Scarpa et iliaques). Les mouvements communiqués sont horriblement douloureux et sont d'ailleurs à peu près tout de suite arrêtés par la contracture musculaire qui fixe l'articulation dans l'attitude précédemment décrite. Lorsque les cartilages sont ulcérés on sent au cours de ces mouvements une crépitation rude, surtout si, par des manœuvres appropriées on fait appuyer les surfaces articulaires l'une contre l'autre.

La luxation spontanée ou provoquée par un traumatisme minime est une complication fréquente et croyons-nous évitable.

Les anciens auteurs pensaient qu'elle était due au ramollissement des ligaments, qui le laissent rompre, peut-être sous l'action d'une accumulation du liquide qui chasse la tête hors de la cavité (théorie de L.-L. Petit) peut être sous l'influence de la contracture musculaire (théorie de Verneuil).

Les radiographies nous ont appris qu'en réalité il s'agissait d'ulcération compensive.

Lorsque cette ulcération est peu importante, la maladie

se termine soit par ankylose, (3 cas, soit par luxation intra-cotyloïdienne (4 cas).

Mais lorsque la tête et le cotyle sont plus altérés, c'est une luxation franche qui se produit dans la fosse iliaque externe (7 cas).

Diagnostic

Il est impossible de dire pour les anciennes observations s'il s'agissait de complications de la fièvre typhoïde franche ou paratyphoïde.

Depuis l'ère bactériologique tous les cas de coxite post-typhique rapportés ont été reconnus comme provoqués par le bacille d'Eberth.

Dans le dernier cas personnel que nous avons observé avec MM. Madier et R. Ducroquet, il semble bien que le bacille para B doit être mis en cause. Le diagnostic s'impose d'un fait de la fièvre typhoïde préexistante; dans les cas de suppurations le bacille d'Eberth fut mis en évidence. Il est bien entendu que si un doute existait dans les cas les plus fréquents où la maladie n'évolue pas vers la suppuration, il y aurait lieu de pratiquer une ponction de la hanche, de rechercher d'une part le bacille d'Eberth et d'autre part la tuberculose en inoculant un cobaye avec une partie du liquide extrait.

Evolution — Pronostic

L'évolution des arthrites aiguës post-typhiques non traitées qui surviennent généralement vers la quatrième semaine

de la fièvre typhoïde se fait dans les trois quarts des cas vers la luxation extra ou intra-cotyloïdienne, plus rarement vers la raideur et l'ankylose. Nous avons vu que dans un cas sur dix-huit observations que nous rapportons, une suppuration a eu lieu, où l'on pu découvrir le bacille d'Eberth (sans élimination des séquestres). Le pronostic de ces ostéomyélites éberthiennes de la hanche nous semble dans l'immense majorité des cas bien moins grave que les ostéomyélites aiguës habituelles.

Sur dix-huit observations aucun malade n'est mort alors que Broca indique une mortalité de 50 % pour les ostéomyélites banales.

Traitement

Jusqu'à cette complication fut bien connue on a appliqué le traitement sérieux qu'une fois la luxation constatée. Nous pensons au contraire qu'il y a intérêt à traiter le malade dès que la localisation articulaire de la hanche est diagnostiquée.

Quel traitement instituer alors ?

Dans l'ostéomyélite aiguë banale, la question du drainage et même la résection de la tête fémorale peut se poser, ici la suppuration est en somme exceptionnelle et la nécessité de la résection ne nous paraît pas indiquer à l'examen rétrospectif des observations publiées jusqu'alors. Puisque nous n'avons en règle générale ni à drainer, ni à reséquer, tous nos efforts vont tendre à éviter la luxation dans la fosse iliaque

externe et l'important raccourcissement qu'elle entraîne, et pour cela il faudra avec beaucoup de ménagement (et en donnant une légère anesthésie, si la douleur est trop violente) appliquer un appareil plâtré maintenant le membre en légère abduction de 30° à 40° sans rotation.

C'est la meilleure position pour éviter la luxation. Le seul inconvénient de ce traitement est une ankylose dans cette attitude d'abduction forcée; pour l'éviter on pourra, une fois la phase aiguë passée, soit appliquer un second plâtre en position voisine de la rectitude, soit une extension continue. De toute façon, l'immobilisation plâtrée stricte ne doit pas dépasser six semaines à deux mois après cette période aiguë.

Des massages très prudents et une mobilisation non moins prudente pourront après le temps d'appareillage permettre de récupérer quelque mobilité.

Conclusions

En résumé, nous pouvons tirer de cette étude des conclusions suivantes :

- 1° Les complications ostéo-articulaires de la fièvre typhoïde sont assez rares à la hanche puisque nous n'avons trouvé que dix-huit cas dans la littérature.
- 2° Dans le cas où le diagnostic bactériologique avait été fait l'agent causal était le bacille d'Eberth.

Enfin dans notre dernier cas personnel, l'affection semble être dû au bacille paratyphique B.

- 3° Le pronostic de l'affection semble bénin, puisque aucun cas de mort n'a été signalé, alors que dans les arthrites aiguës habituelles la mortalité est de 30 à 50 % selon les auteurs.
- 4° La complication à éviter est la luxation pathologique, on y arrivera en instituant d'une façon précoce un appareillage plâtré qui dirigera les segments osseux de façon telle que cette luxation soit impossible et que l'on enlèvera assez tôt pour éviter l'ankylose.

Vu : le Doyen, *Vu : le Président,*
H ROGER. LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

Bibliographie

- BAZIN. — Contribution à l'étude des arthrites dans la fièvre typhoïde. *Th. de Paris*, 1883.
- BONNET. — Considérations sur quelques cas d'arthrite à la suite de la fièvre typhoïde. *Th. de Paris*, 1887.
- BOURCY. — Des déterminations articulaires des maladies infectieuses. *Th. de Paris*, 1883.
- L. BOURGEOIS. — La périostite et l'ostéo-périostite consécutive à la fièvre typhoïde. *Th. de Paris*, 1887.
- BRETON et WANSTEENBERGHE. — Les arthrites typhiques. *Province méd.*, 18 novembre 1905.
- BUOT. — Du pseudo-rumatisme typhique. *Th. de Paris*, 1883.
- CAPELLE. — Considérations sur la luxation de la tête du fémur dans le cours de la fièvre typhoïde. *Journ. de Méd. et Ch. de Bruxelles*, 1861.
- CHAMPENOIS. — Des luxations subites dans le cours de la fièvre typhoïde. *Th. de Lille*, 1894.
- COURCENET. — Contribution à l'étude des complications osseuses de la fièvre typhoïde. *Th. de Paris*, 1885.

- DEGER. — Luxations subites consécutives aux maladies aiguës. *Th. de Paris*, 1898.
- DEHU. — Etude sur le rôle du bacille d'Eberth dans les complications de la fièvre typhoïde. *Th. de Paris*, 1893.
- DUCLOS. — Des complications osseuses provoquées par le bacille d'Eberth dans la fièvre typhoïde. *Th. de Paris*, 1894.
- DUPONT. — Contribution à l'étude clinique de l'ostéomyélite consécutive à la fièvre typhoïde. *Th. de Paris*, 1894.
- FLORANGE. — Des manifestations osseuses et articulaires de la fièvre typhoïde chez l'enfant. *Th. de Paris*, 1902.
- FROELICH. — Arthrite typhique de la hanche avec luxation spontanée de la tête fémorale. *Revue méd. de l'Est*, 1903 et 1928.
- FOUQUE. — Des manifestations articulaires de la fièvre typhoïde et en particulier du pseudo-rhum. typhique. *Th. de Paris*, 1885.
- GELER. — Des lésions osseuses dans la convalescence de la fièvre typhoïde. *Th. de Paris*, 1894.
- HELWIG. — Inaugural dissertation. Marburg, 1856.
- HULIN. — Contribution à l'étude des complications osseuses de la fièvre typhoïde. *Th. de Paris*, 1884.

- RIENER. — Des suppurations latentes dans la fièvre typhoïde.
Th. de Paris, 1902.
- LACROIX. — Contribution à l'étude des manifestations osseuses de la fièvre typhoïde. *Th. de Paris*, 1900.
- LARUE. — Des manifestations articulaires de la fièvre typhoïde. *Th. de Nancy*, 1910.
- LEGLER. — L'arthrotypus et les complications articulaires de la fièvre typhoïde. *Th. de Lyon*, 1913.
- NICOUOFF. — Arthrotypus. *Th. de Paris*, 1922.
- PRUDOT D'AVIGNY. — Des arthrites coxo-fémorales, d'origine typhique. *Th. de Paris*, 1920.
- RUAIS. — Contribution à l'étude des manifestations osseuses de la fièvre typhoïde. *Th. de Paris*, 1899.
- SAVATIER. — De l'ostéomyélite typhique. *Th. de Paris*, 1897.
- SAVY et BOUCHET. — Deux observations d'arthrotypus.
Lyon Médical, 23 novembre 1913.
- SCHOEFFER et LIÈGE. — Un nouveau cas d'arthrotypus.
(*Paris Médical*, 1927).
- SERVY. — L'arthrotypus. *Th. de Paris*, 1927.
- THIROLOIX et HAMELIN. — Arthrotypus éberthien (Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 1922, page 1.060).
- TURGIS. — Contribution à l'étude de l'ostéo-périostite consécutive à la fièvre typhoïde. *Th. de Paris*, 1883.

VERNEUIL. — Luxations subites dans le cours du rhum. art.
ou des arthrites aiguës (Soc. de Chir., 31 octobre
1883).

WEIL. — Spontan. luxation des rechten Hüftgelenkes nach
typhus (*Prog. Méd.*, Woch, 1878).
